



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door IAK
Verzekeringen B.V. te Eindhoven

Zaak : Geneeskundige zorg, circumcisie, collectiviteit, aanvullende ziektekostenverzekering,
informatievoorziening, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201600364

Zittingsdatum : 12 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IAK Zorgverzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IAK Comfort Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering IAK Tandartskostenverzekering € 350,- is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een circumcisie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 12 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juli 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.



3.9. Bij brief van 27 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016099178) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat circumcisie sinds 2005 geen verzekerde zorg meer is. De minister heeft bij brief van 18 november 2013 aan de voorzitter van de Tweede Kamer uitgelegd dat besnijdenissen per 1 januari 2005 geen deel meer uitmaken van het verzekerde pakket, maar dat in de praktijk helaas vergoedingsverschillen zijn ontstaan door de foutieve gedachte dat de uitsluiting enkel betrekking had op besnijdenissen wegens religieuze of culturele redenen. Echter, ook circumcisie op medische indicatie, zoals in casu, valt sinds 2005 buiten het verzekerde pakket. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.



3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 oktober 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker is in 2015 geopereerd aan zijn prostaat waarbij ook een circumcisie is uitgevoerd. Hieraan voorafgaand heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft gevraagd of urologische ingrepen voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem medegedeeld dat dergelijke ingrepen worden vergoed indien hij hiervoor een verwijzing heeft.



Verzoeker heeft de beide ingrepen laten uitvoeren en ontving daarop van het ziekenhuis een nota voor de circumcisie ten bedrage van € 833,95. Deze nota heeft hij vervolgens ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat een circumcisie geen verstrekking is vanuit de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.



4.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zich hierbij beroept op een wettelijke maatregel die hem, als gewone burger, totaal onbekend was. Verzoeker is dan ook van mening dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn informatieverstrekking tijdens het telefoongesprek. Verder is hem gebleken dat vanuit een andere aanvullende verzekering wél recht bestaat op vergoeding van een circumcisie. Deze aanvullende verzekering kan worden afgesloten door medewerkers en gepensioneerden van de werkgever waarbij verzoeker voorheen werkzaam was. Verzoeker is inmiddels reeds zeventien jaar met pensioen. Het was verzoeker niet bekend dat



hij recht had op deelname aan die collectieve aanvullende verzekering. De ziektekostenverzekeraar brengt hier tegen in dat verzoeker jaarlijks is gewezen op de mogelijkheid een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten op basis van de collectiviteit van de werkgever. Verzoeker voert aan dat hij ervan uitging, omdat hij jaarlijks wél een collectiviteitskorting ontving, dat deze korting betrekking had op de collectiviteit van de voormalige werkgever.

4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoeker gewezen op de mogelijkheid tot deelname aan de betreffende collectiviteit via de 'Myshop' mailing, gericht aan medewerkers en gepensioneerden van de werkgever. Verzoeker merkt hierover op dat hij wél een valide 'Myshopcard' heeft, maar dat hij de betreffende mailing nooit heeft ontvangen.

4.4. Verzoeker is van mening dat hem ten onrechte de mogelijkheid is onthouden de voor hem gunstige aanvullende verzekering in het kader van de collectiviteit van de voormalige werkgever af te sluiten. Verder stelt verzoeker dat hij tijdens het telefoongesprek geen vakkundige 'begeleiding' heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Hij voelt zich hierdoor tekort gedaan en verwacht dan ook dat een zekere vorm van coulance wordt toegepast.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich realiseert dat hij, achteraf gezien, juridisch 'geen been heeft om op te staan'. Toch zijn er twee punten waarvoor hij aandacht vraagt. In de eerste plaats is door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar tijdens het telefonisch onderhoud geen enkel voorbehoud gemaakt. Daarnaast is de verwarring rond de collectiviteit nogal vreemd. Verzoeker heeft nooit het uitgebreide pakket aangeboden gekregen. De ziektekostenverzekeraar is op beide punten tekortgeschoten, dus is een gedeeltelijke tegemoetkoming op zijn plaats.

Verzoeker is al jaren klant van de ziektekostenverzekeraar. Hij is daar bekend onder een nummer van zijn voormalig werkgever. Bij deze werkgever is hij al lange tijd niet meer werkzaam. Hij vindt het dan ook een zwak argument dat de voormalig werkgever hem had moeten inlichten. Hij heeft het gevoel dat hij jaren teveel heeft betaald. Immers, hij had al die tijd onder de condities van de collectiviteit van zijn voormalig werkgever verzekerd kunnen zijn.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering, die is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, bestaat geen recht op een circumcisie. Een vergoeding vanuit de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering is eveneens niet mogelijk. In de betreffende aanvullende ziektekostenverzekering is hiervoor geen vergoeding opgenomen.

5.2. Het klopt dat verzoeker geen toegang heeft gehad tot betere voorwaarden. Verzoeker heeft vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2015 gebruik gemaakt van de IVZ polis, dit was geen werkgeverscollectief, zoals blijkt uit de toevoeging "N.v.t." bij 'Collectiviteit'. Ieder jaar (in november) wordt door de ziektekostenverzekeraar informatie verstrekt over de pakketten, premies en voorwaarden voor het komend jaar. De afgelopen jaren heeft de ziektekostenverzekeraar via de 'Myshop' mailing (mailing voor (oud) medewerkers van de werkgever) een flyer gestuurd over de collectiviteit. Verzoeker heeft in het verleden niet gemeld hiervan gebruik te willen maken.

5.3. Medewerkers of oud-medewerkers zijn niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten bij de ziektekostenverzekeraar en/of deel te nemen aan een bepaalde collectiviteit. Dit is een vrije keuze. Het is aan de werkgever informatie te verstrekken over de mogelijkheden met betrekking tot de collectieve zorgverzekering.

5.4. Door de ziektekostenverzekeraar is een afschrift overgelegd van de registratie van het telefoongesprek tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep.

Hieruit blijkt dat verzoeker heeft gevraagd of een ingreep aan zijn prostaat voor vergoeding in aanmerking komt.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de circumcisie al vanaf 2005 niet meer in het verzekerde pakket zit. In de aanvullende verzekering Comfort Plus is wel dekking opgenomen. Het is aan werkgever de (oud)medewerkers hierover in te lichten. Verzoeker heeft voor 2016 wel de Comfort Plus verzekering afgesloten. In 2015 had hij deze verzekering niet. Hij had zijn verzekeringen kunnen controleren aan de hand van de afgegeven polisbladen. Bij 'collectiviteit' staat "niet van toepassing".

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is (i) of verzoeker aanspraak heeft op een circumcisie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering alsmede (ii) of de ziektekostenverzekeraar hem had moeten informeren over de mogelijkheid van deelname aan een collectief contract, in welk kader hij een aanvullende verzekering had kunnen afsluiten ter dekking van de kosten van een circumcisie.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medische specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

U hebt geen recht op:

(...)

d. behandelingen gericht op circumcisie;"

8.4. Artikel 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

 9.1. De zorgverzekering biedt geen dekking voor een circumcisie. Op grond van artikel 2.1 sub g Rzv is circumcisie uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. In de polisvoorwaarden is deze uitsluiting vermeld in artikel 15 onder d.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een circumcisie. Het verzoek kan daarom op grond van deze verzekering evenmin worden toegewezen.

Informatieverstrekking

 9.3. Verzoeker heeft zich in de eerste plaats erop beroepen dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing baseert op een wettelijke uitsluiting die verzoeker niet bekend was. Zoals uit hetgeen onder 9.1 is overwogen, is de betreffende uitsluiting echter expliciet opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker heeft deze in zijn bezit en wordt geacht van de inhoud te hebben kennisgenomen.

 9.4. Verzoeker verwijt de ziektekostenverzekeraar voorts dat deze hem niet heeft gewezen op de mogelijkheid deel te nemen aan de collectiviteit van de vroegere werkgever. Verzoeker stelt dat hij de jaarlijkse 'Myshop' mailing met de flyer van de ziektekostenverzekeraar over de betreffende collectieve verzekeringen niet heeft ontvangen. Verzoeker ontving echter wél ieder jaar een collectiviteitskorting. Hij nam aan dat deze werd verleend vanwege deelname aan de collectiviteit van zijn vroegere werkgever.

 9.5. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een medewerker of een oud-medewerker niet verplicht is zijn zorgverzekering bij hem af te sluiten en/of onder te brengen binnen de collectiviteit van de vroegere werkgever. Dit is een vrije keuze. Het is aan de voormalige werkgever informatie te verlenen over de mogelijkheden met betrekking tot de collectieve verzekering. Verzoeker heeft van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2015 gebruik gemaakt van de IVZ polis, dit was geen werkgeverscollectiviteit, op het polisblad stond dan ook bij 'Collectiviteit' N(iet).v(an).t(oepassing). Verder heeft verzoeker in het verleden niet laten blijken gebruik te willen maken van de collectiviteit van de vroegere werkgever.

 9.6. Recht op deelname aan een collectiviteit van een (voormalige) werkgever behoort tot de (secundaire) arbeidsvoorwaarden, waarover de werkgever en werknemer afspraken maken. Het is

in de eerste plaats aan de (voormalige) werkgever zijn werknemers en gepensioneerden te wijzen op de mogelijkheid van deelname aan de collectiviteit. Vervolgens is het aan de verzekerde te beoordelen of deelname aan de betreffende collectiviteit al dan niet gunstiger is dan toetreding tot een andere collectiviteit dan wel het afsluiten van een verzekering tegen ziektekosten op individuele basis. Dit is een aspect van de in 2006 bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet door de wetgever beoogde marktwerking.

Telefonische toezegging

- 9.7. Door verzoeker is verder gesteld dat hij voorafgaand aan de ingreep telefonisch contact heeft gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem werd medegedeeld dat de urologische ingrepen worden vergoed indien hij hiervoor een verwijzing heeft.
- 9.8. Niet ter discussie staat dat verzoeker telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad. In de procedure is echter aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan ten aanzien van de vergoeding van een circumcisie. Integendeel, door de ziektekostenverzekeraar is - onder verwijzing naar een telefoonregistratie - gesteld dat bij die gelegenheid enkel is gesproken over de vergoeding van een ingreep aan de prostaat. Het beroep op een telefonische toezegging slaagt derhalve niet.

Coulance

- 9.9. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 november 2016,

A.I.M. van Mierlo